

- ◆ ジェネリック医薬品の処方が可能であれば、変更をお願いします。
- ◆ ジェネリック医薬品に関するご説明をお願いします。

医師・薬剤師の皆様へ

ジェネリック医薬品 希望カード

私はジェネリック医薬品を
希望します。



氏名 _____